Samtykkeformular

Tandklinik

Virksomhedsnavn

PATIENTDETALJER

Fulde navn

Telefonnummer

Email

Fødselsdato

JEG BEKRÆFTER, AT

- ☐ Jeg har besvaret de medicinske spørgsmål nøjagtigt og vil rapportere enhver ændring.
- ☐ Tandlægen forklarede den foreslåede behandling, alternativerne, risiciene og omkostningerne.
- ☐ Jeg accepterer lokalbedøvelse, hvor det er nødvendigt.
- ☐ Jeg kan tilbagetrække mit samtykke når som helst før behandlingen.

Jeg accepterer, at virksomheden opbevarer oplysningerne i denne formular for at levere tjenesten og så længe loven kræver det. Jeg kan til enhver tid bede om at se, rette eller slette mine data.

Patientsignatur

Specialistens underskrift

Dato

Skabelon fra agendessa.com. Et udgangspunkt, ikke juridisk eller medicinsk rådgivning.